



Subvention pour soins familiaux ou garde des personnes à charge

Nom de la personne qui fait la demande :

N° de la section locale :

Le SCFP rembourse uniquement les dépenses qui dépassent les frais habituels (par exemple, si vos frais habituels sont de 30,00 \$ par jour et que vous devez payer 40,00 \$ par jour pour assister à un événement organisé par le SCFP, vous réclameriez alors les « frais supplémentaires » de 10,00 \$). **Vous pouvez réclamer jusqu'à 50,00 \$ par jour – les reçus doivent être joints à la demande.** Veuillez indiquer les dates auxquelles les dépenses ont été encourues, ainsi que les **frais supplémentaires** quotidiens.

Événement ou conférence :

DATE	COÛT (par jour)
TOTAL	\$

Veuillez faire le chèque à l'ordre de : la personne qui fait la demande
la section locale

Adresse postale :

Signature de la personne qui fait la demande (1) _____

(2) _____
signatures de deux dirigeants de la section locale, dont une de ces personnes n'est pas la personne qui fait la demande

Ce formulaire doit être rempli et retourné au plus tard 30 jours après les dates où les dépenses ont été encourues, à l'adresse suivante :
SCFP-Ontario
80, promenade Commerce Est, bureau 1
Markham (Ontario) L3T 0B2
Téléphone : 905-739-9739 Télécopieur : 905-739-9740

N° du chèque : _____

Date : _____